

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PÉRDIDA DE ÓRGANOS
DENTARIOS POR EL USO DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL
REMOVIBLE**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

VANESSA MARGARITA MARMOLEJO BELTRÁN

DIRECTOR: MTRO. RUBÉN BERNAL ARCINIEGA

Usbo

MÉXICO, D. F.

MAYO 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS

Agradezco al ser todo poderoso, que me ha dado la oportunidad de poder realizar un grado más en mi vida profesional.

A MI UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Por ser la máxima casa de estudios en Latinoamérica, por aceptarme, abrimme las puertas del conocimiento y es para mi como una segunda casa.

A MI MADRE ARGEMIRA BELTRÁN PERDOMO

Por darme todo su apoyo moral, económico y ha retroalimentado día a día con su amor, paciencia en mi vida misma.

A MIS PADRINOS:

Lic. Eréndira Rodríguez Luna de Hernández y Lic. Romeo Hernández Mendoza, por ser tan generosos conmigo e impulsarme en los momentos más difíciles de mi niñez, adolescencia...

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I	11
CONCEPTOS	
1.1. PRÓTESIS	11
1.2. PROSTODONCIA	11
CAPÍTULO II	
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	
2.1. INTRODUCCIÓN A LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	12
2.1.1. CLASE I	12
2.1.2. CLASE II	13
2.1.3. CLASE III	13
2.1.4. CLASE IV	14
2.2. REGLAS DE APLEGATE PARA LA APLICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	15
CAPÍTULO III	16
PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	16
3.1. COMPONENTES DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE	16
3.1.1. CONECTORES MAYORES DEL MAXILAR	17
3.1.1.1. BARRA PALATINA	18
3.1.1.2. DOBLE BARRA PALATINA	18

3.1.1.3. PLACA PALATINA.....	20
3.1.1.4. CONECTOR MAYOR EN HERRADURA.....	20
3.1.2. CONECTORES MAYORES DE LA MANDIBULA	21
3.1.2.1. BARRA LINGUAL	21
3.1.2.2. DOBLE BARRA LINGUAL	23
3.1.2.3. PLACA LINGUAL	24
3.1.2.4. BARRA CINGULAR	25
3.1.3. CONECTORES MENORES.....	27
3.1.4. RETENEDORES DIRECTOS	28
¾ Ataches de precisión	28
¾ Retenedores	29
¾ Retenedores circulares o supraecuatoriales	29
¾ Retenedores circulares o de proyección vertical	29
¾ Retenedores para prótesis dentomucosoportada	30
¾ Retenedores circulares	30
¾ Retenedores circunferencial doble	31
¾ Retenedores en barra	31
¾ Retenedores en horquilla	32
¾ Retenedores en T modificado.....	33
¾ Retenedores en anillo	33
¾ Retenedores para prótesis de extensión distal	33
¾ Retenedores DPI	34
¾ Retenedores DPA	35
¾ Retenedores T modificado (DPI)	35
3.1.5. RETENEDORES INDIRECTOS	36
3.1.6. PÓNTICOS.....	37
3.1.7. BASES PARA DENTADURA.....	38
3.1.8. LÍNEAS DE TERMINACIÓN.....	38
3.1.9. TOPE TISULAR.....	39

CAPÍTULO IV

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PÉRDIDA DE ÓRGANOS DENTARIOS POR EL USO DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE.....	40
4.1. FACTORES DETERMINANTES EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.....	40
4.2. RETENCIÓN DE PLACA E HIGIENE ORAL QUE DEBERÁ EXIGIRSE AL PACIENTE.....	41
4.3. INCIDENCIA DE CARIES.....	43
4.4. EXTENSIÓN DE LA PRÓTESIS Y CANTIDAD DE TEJIDO GINGIVAL QUE VA RECUBRIR.....	44
4.5. MOVILIDAD DENTARIA.....	45
4.6. TIPO Y MAGNITUD DE LAS FUERZAS QUE SE TRANSMITEN AL HUESO.....	46
4.7. DEFECTOS CONGÉNITOS O ADQUIRIDOS.....	48
4.8. PRÓTESIS TRANSITORIA O INTERINA.....	49
4.9. FRACTURA DE UNA BASE DE LA PRÓTESIS.....	49
4.10. BRAZOS DE RETENEDORES ROTOS.....	50

4.11. APOYOS OCLUSALES FRACTURADOS.....	50
4.12 DESGASTE DE UNA PRÓTESIS.....	51
4.13. SOPORTE PARA LA BASE DE EXTENSIÓN DISTAL.....	52
4.14. PÉRDIDA DE UNO O MÁS DIENTES NO INVOLUCRADOS EN EL SOPORTE O LA RETENCIÓN DE RESTAURACIÓN.....	52
4.15 PÉRDIDA DE UN DIENTE PILAR QUE REQUIERE LA SUSTITUCIÓN Y CONFECCIÓN DE UN NUEVO RETENEDOR DIRECTO.....	53
4.16. CANINOS O PREMOLARES AISLADOS, ÚNICOS EN LA MANDÍBULA CON VARIOS DIENTES DEL LADO OPUESTO ÚTILES.....	53
4.17. MOLARES INFERIORES ÚNICOS QUE SE ENCUENTRAN AFECTADOS POR SOPORTAR UNA DENTADURA PARCIAL REMOVIBLE O FIJA.	54
4.18. CANINOS AFECTADOS, SUPERIORES E INFERIORES.....	54
4.19. PREMOLARES MÁS DISTALES CON PRONÓSTICO DESFAVORABLE.....	55
4.20 TRATAMIENTO DE LA EXTRUSIÓN SEVERA DE LOS DIENTES POSTERO SUPERIORES.....	55
4.21. FACTOR SOCIOECONÓMICO.....	56
4.22. FERULIZACIÓN COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE.....	57

4.23. INDICACIONES DE LAS FERULIZACIONES.	
En clase I y III de Kennedy.....	58
4.24. FERULIZACIONES EN ESPACIOS MODIFICABLES.....	59
4.25. PROBLEMAS FONÉTICOS EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.....	60
4.26 OTROS FACTORES.....	64
4.26.1 SEXO.....	64
4.26.2 EDAD.....	64
CONCLUSIONES.....	65
GLOSARIO.....	66
FUENTES DE INFORMACIÓN.....	69

INTRODUCCIÓN

La prostodoncia es la rama de la odontología encargada de restaurar la función, la salud, el confort y la estética perdida, a partir de la restauración de dientes naturales, tejidos orales y maxilofaciales mal logrados por medio de Prótesis Dentales.

Para la prótesis parcial removible existen varias clasificaciones, la más común en la práctica es la clasificación de Kennedy, descrita en 1925, la cual facilita el diagnóstico de cada caso con la simple visión del modelo de trabajo, siendo la de mayor aceptación.

Dentro de la rehabilitación mediante prótesis podemos encontrar diversas alternativas, como mejorar la función y estética del paciente. En cada tipo de prótesis removible, implantosorportada y mixtas encontramos diferentes elementos y componentes los cuales debemos diseñar con una correcta armonía entre ellos y con la cavidad oral para no provocar futuros problemas en nuestro tratamiento.

La frecuencia de uso de prótesis removible está relacionada directamente con la edad del individuo y con la autopercepción que éste tenga de su salud oral. Los factores que influyen en la pérdida de los órganos dentarios son: sexo, tipo de prótesis, salud mental, experiencia previa y calidad técnica protésica, La autopercepción del individuo sobre su salud oral es el factor que más influye en el uso de prótesis parcial dental removible.

Sin embargo, en la práctica odontológica actual, en materia de prótesis dental parcial removible, una cantidad significativa de odontólogos llevan a cabo un trabajo clínico deficiente, ya que en la mayoría de los casos no se preparan descansos oclusales, ni se realizan modificaciones en el contorno de los dientes para eliminar interferencias y crear planos guía adecuados.

Quiero agradecer a mis profesores:

Maestra: María Luisa Cervantes Espinosa

Por darme parte de su sabiduría y tenerme paciencia a lo largo de mis últimos años de la carrera, guiar mis pasos hacia el éxito, la aprecio mucho.

Maestro: Rubén Bernal Arciniega

Gracias a su experiencia y profesionalismo dirigió mi tesina para llegar a la meta anhelada.

CAPÍTULO I. CONCEPTOS

1.1 PRÓTESIS

Es el reemplazo de una parte faltante del cuerpo humano por una parte artificial, como un ojo, una pierna o una dentadura. La ciencia y el arte de la prótesis consisten en la sustitución de partes faltantes del cuerpo humano. 1

1.2 PROSTODONCIA

La prostodoncia se define como la rama de la odontología que se ocupa de la mantenimiento y restauración de las funciones orales, la comodidad, la apariencia, y la salud del paciente mediante la restauración de los dientes naturales o el reemplazo de los dientes faltantes y tejidos contiguos por sustitutos artificiales. 2

Es la rama de la odontología que se encarga principalmente de la reposición de los tejidos y partes dentales perdidas.

CAPÍTULO II

2.1 INTRODUCCIÓN A LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

El Doctor Edward Kennedy clasificó en 1925, los arcos parcialmente desdentados de una manera que guiase al diseño de la prótesis parcial removible para una determinada situación. 13

Kennedy dividió todos los arcos parcialmente desdentados en cuatro tipos principales, ésta clasificación sirve para ordenar con precisión las zonas de los arcos parcialmente desdentados.

2.1.1 CLASE I

Brechas desdentadas bilaterales colocadas en sentido posterior de los dientes naturales remanentes. (figs. 1.1 y 1.2)



(fig. 1.1)

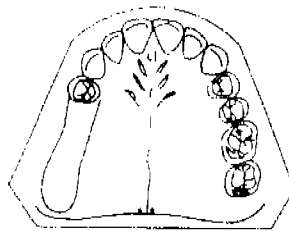
Clase I de Kennedy



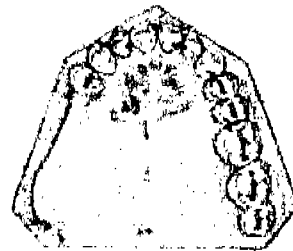
(fig. 1.2)

2.1.2 CLASE II

Brecha desdentada posterior unilateral colocada en sentido posterior a los dientes naturales remanentes. (figs. 2.1 y 2.2)



(fig. 2.1)

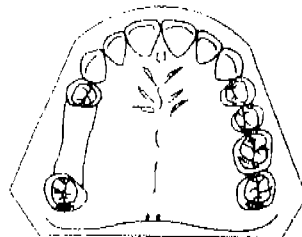


(fig. 2.2)

Clase II de Kennedy

2.1.3 CLASE III

Brecha desdentada unilateral con dientes naturales remanentes en sentido anterior y posterior a ella. (figs. 3.1 y 3.2)



(fig. 3.1)



(fig3.2)

Clase III de Kennedy

2.1.4. CLASE IV

Brecha desdentada anterior que cruza la línea media, además cuando existe ausencia de grupo anterior, manteniendo el grupo posterior. (figs. 4.1 y 4.2)



(fig.4.1)

Clase IV de Kennedy



(fig4.2)

Una de las principales ventajas del método de Kennedy es que permite la visualización inmediata del arco parcialmente desdentado. Este método permite un abordaje lógico de los problemas de diseño; posibilita la aplicación de los sanos principios de diseño de prótesis parcial.

2.2 REGLAS DE APPLGATE PARA LA APLICACIÓN DE LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY

La clasificación de Kennedy sería difícil de aplicar cualquier situación sin ciertas reglas para su empleo. Applegate formuló ocho reglas que gobiernan la aplicación del método de Kennedy: 13

REGLA 1. La clasificación debe efectuarse después y no antes de cualquier extracción de dientes.

REGLA 2. Si falta un tercer molar y no va a ser reemplazado, no se le considerará para la clasificación.

REGLA 3. Si se halla presente un tercer molar y será utilizado como pilar se le considera en la clasificación.

REGLA 4. Si falta un segundo molar y no va ser reemplazado no se le considera en la clasificación así mismo un segundo molar antagonista.

REGLA 5. El área desdentada más posterior siempre es determinante de la clasificación.

REGLA 6. Las áreas desdentadas distintas de la que determina la clasificación se denominan modificaciones y son designadas por su número.

REGLA 7. La extensión de la modificación no se considera, sino tan sólo la cantidad de zonas desdentadas adicionales.

REGLA 8. No puede haber áreas de modificación en arcos clase IV.

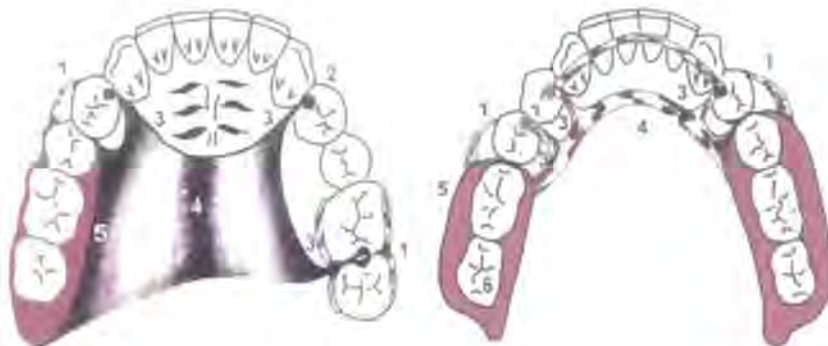
CAPÍTULO III

PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE

La prótesis parcial removible tiene como objetivo principal preservar las estructuras de retención y soporte antes de reemplazar las estructuras ausentes. 3

La prótesis parcial removible acrílica como su nombre lo indica es aquella que viene a sustituir las piezas ausentes en boca, teniendo como base el acrílico. 4

3.1 COMPONENTES DE LA PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE. (fig. 5)



(fig. 5): 1) Retenedores directos; 2) Retenedores indirectos; 3) Conectores menores; 4) Conectores mayores; 5) Bases; 6) Dientes artificiales protésicos

3.1.1. CONECTORES MAYORES DEL MAXILAR

Estructura que conecta a los componentes de un lado de arco con los del lado opuesto, y el cual se une de una manera directa o indirecta las demás estructuras de la prótesis. 7

Es importante que el conector mayor deberá ser rígido para que las fuerzas generadas durante la masticación se distribuyan uniformemente a todos los tejidos que brindan soporte a la prótesis.

Los conectores mayores deben diseñarse para estar en una relación favorable con respecto a los tejidos gingivales y los tejidos móviles de la cavidad bucal, no deben extenderse hacia la encía marginal, ya que es un tejido muy vascularizado, la cual lo hace muy sensible a cualquier presión y suele inflamarse con facilidad. (fig.6)

Los bordes del conector mayor del maxilar superior deben colocarse como mínimo a 6 mm del margen gingival y en el maxilar inferior a no menos de 3mm.



(fig. 6): Conector mayor en maxilar

3.1.1.1. BARRA PALATINA

Es el conector más simple del maxilar superior y se considera el de la primera elección en prótesis dentomucosoportada, con espacios edéntulos cortos. (fig. 7)

La función del conector mayor es la estabilidad cruzada por medio de la cual los dientes del lado derecho ayudan a los del lado izquierdo y viceversa en la estabilidad y retención de la prótesis.

Debe ser rígido, debe tener un mínimo de 10 mm en sentido antero posterior.



(fig. 7): Barra Palatina

3.1.1.2. DOBLE BARRA PALATINA

La doble barra palatina en el maxilar superior consta de una barra anterior y una barra posterior unidas por dos laterales, éstas miden aproximadamente 6 a 8 mm de ancho.

La barra anterior es un poco más ancha y más aplanada.

Debe seguir las depresiones entre las rugosidades palatinas para permitir una transición armoniosa con la mucosa. Los bordes deben de ser redondeados para evitar daños a la lengua y que lo detecte.

La barra palatina posterior se extiende hasta los límites de los apoyos oclusales de los últimos pilares. La separación entre la barra anterior y posterior debe de ser mayor de 15 mm. (fig. 8)

La doble barra palatina está indicada; en prótesis dentomucosoportadas cuando los dientes pilares anteriores y posteriores están bastante separados entre sí.



(fig. 8.): Esquema de Barra Palatina superior

3.1.1.3. PLACA PALATINA

Es el conector mayor del maxilar cual presenta más variantes, depende de la longitud de los espacios edéntulos y del grado de reabsorción de los rebordes alveolares residuales, va a cubrir una mayor o menor área del paladar. (fig. 9)



(fig. 9): Placa Palatina

3.1.1.4. CONECTOR MAYOR EN HERRADURA

Tiene forma de U, con una barra anterior y dos extensiones bilaterales posteriores, este conector carece de rigidez. Se utiliza en prótesis de extensión distal va a moverse en los extremos posteriores abiertos. (fig. 10)

Para contrarrestar su flexibilidad el conector mayor debe hacerse más ancho y más grueso. El ancho puede ampliarse extendiendo hasta el tercio oclusal de las caras palatinas de los dientes posteriores, hay que aliviar el tejido gingival para crear un pequeño espacio entre la parte interna del conector y la encía marginal. Si no es así puede ocasionar reacciones periodontales severas.



(fig. 10): Conector Mayor en Herradura

3.1.2. CONECTORES MAYORES DE LA MANDIBULA

La selección del tipo de conector más adecuado para cada caso en particular depende de los siguientes pasos: 7

Si existe espacio entre el piso de boca y la encía marginal de los dientes:

La posición de frenillo lingual.

La presencia de un torus mandibular.

El grado de reabsorción de los rebordes alveolares residuales.

El número de dientes remanentes y su condición periodontal.

3.1.2.1. BARRA LINGUAL

Es el conector más sencillo de la mandíbula y el cual deberá indicarse en todos los casos que sea posible, tiene la ventaja que cubre poco tejido y no contacta con los dientes. Se considera como el conector más rígido del maxilar inferior.

Está indicada para prótesis dentomucosoportadas cuando existe un número suficiente de dientes remanentes, no hace necesario que el conector mayor contribuya a la estabilidad horizontal de la prótesis y brinde retención indirecta.

La barra lingual tiene forma de media pera, con su porción inferior más gruesa y la superior más delgada a fin de evitar que interfiera con la lengua para no incomodar al paciente. (fig. 11)

Su altura ocluso gingival es de 4 mm, y el grosor de 2 mm aproximadamente para que tenga la rigidez necesaria.



(fig. 11): Corte sagital donde muestra la barra lingual tiene forma de media pera en la parte inferior más gruesa

Su borde superior debe estar localizado por lo menos a 3 mm de la encía marginal y el inferior tan bajo como lo permitan los tejidos del piso de la boca, es decir, sin interferir con el frenillo lingual o con los músculos al elevar la lengua.

A fin de que se pueda indicar una barra lingual es indispensable que exista un espacio mínimo 8 mm entre el margen gingival y el piso de la boca al elevar la lengua.

De estos 8 mm, 4mm corresponden a la altura ocluso gingival de la barra, 3mm a la distancia mínima del borde superior de la barra a la encía marginal, el milímetro restante corresponde a la separación que debe existir en el borde inferior del conector mayor y el piso de la boca al elevar la lengua.

(fig. 12)



(fig. 12): Barra Lingual

3.1.2.2. DOBLE BARRA LINGUAL

Es una combinación de una barra lingual y retenedor continuo o barra de Kennedy que descansa sobre el cingulo de los dientes anteriores. (fig.13)



(fig. 13): Doble Barra Lingual

3.1.2.3. PLACA LINGUAL

Consiste en una placa metálica que se extiende desde el tercio medio de los dientes anteriores hasta 1 mm por encima del frenillo lingual y de los tejidos del piso de la boca cuando el paciente eleva la lengua. Junto con la barra lingual es el conector más rígido del maxilar inferior. En su extremo inferior es más grueso en forma de media pera. En el superior es más delgado y debe adaptarse a la superficie lingual de los dientes para impedir que sea detectada por la lengua o que entren y se retengan alimentos. Al igual que cuando se va emplear una doble barra lingual, es indispensable que ésta sea soportada en los extremos, ya sea en los caninos o en los primeros premolares para evitar los efectos dañinos que se describieron para la doble placa lingual. (fig.14)

Una de las desventajas de este conector es que cubre los dientes y las encías, aumentando la incidencia de caries y problemas periodontales, especialmente en personas con una mala higiene oral.

La placa lingual está indicada en los casos siguientes:

- Cuando no hay espacio suficiente entre el margen gingival y piso de la boca para la colocación de una barra lingual.
- En clases uno con reabsorción vertical excesiva de los rebordes alveolares residuales.
- En casos de torus lingual que no puede removerse quirúrgicamente.
- En clases uno cuando están presentes únicamente los dientes anteriores.

- En clases tres en espacios edéntulos largos con reabsorción marcada de los rebordes alveolares residuales.



(fig. 14): Placa Lingual

3.1.2.4. BARRA CINGULAR

Es un conector mayor que descansa únicamente sobre la superficie de los incisivos y caninos. (fig. 15)



(fig. 15): Barra Cingular

Para que tenga suficiente rigidez debe medir como mínimo 4 mm en sentido gingivo incisal y 2.5 mm de grueso. (fig. 16)



(fig. 16): Corte Sagital de una barra singular para mostrar su relación con la superficie lingual de los dientes

La barra cingular es una alternativa en aquellos pacientes en los cuales las condiciones son favorables para la selección de una barra lingual (rebordes normalmente reabsorbidos, espacios edéntulos cortos). (figs. 17.1 y 17.2)

Su ventaja principal sobre la placa lingual es que no cubre los tejidos gingivales, favoreciendo la salud periodontal como ha sido demostrado por algunos investigadores.

Su desventaja es demasiado voluminosa, lo cual puede ser incómoda para el paciente o afectar su estética.



(fig. 17.1): Barra Cingular vista Frontal



(fig. 17.2): Barra Cingular vista lateral

3.1.3. CONECTORES MENORES

Estructura que sirve para unir al conector mayor, o base de la dentadura, a los demás componentes de la prótesis. 7

Son los elementos que sirven como enlace entre conector mayor y los elementos que constituyen la prótesis parcial removible, como son los retenedores indirectos y los apoyos primarios. (fig.18)

Sus funciones son transferir las fuerzas oclusales que actúan sobre los dientes artificiales protésicos a los dientes pilares y a los tejidos de soporte. Brindar estabilidad a la prótesis y acción recíproca.

Los conectores menores deben ser rígidos.

Cuando se diseñan entre sí deben estar separados por una distancia mínima de 5 mm, para prevenir que la encía sea comprimida entre las dos estructuras y se inflame posteriormente.

La mayoría están localizados en las superficies proximales adyacentes al espacio edéntulo, aunque algunas veces se colocan en los espacios interdentarios.

Los que se colocan en las superficies proximales son anchos buco lingualmente y delgados en el sentido mesiodistal. Su unión con la base es más gruesa y de ahí van adelgazándose en dirección oclusal.

Lo anterior permite que el conector sea rígido, pero sin interferir con la colocación adecuada del diente protésico.



(fig. 18): 1) Los que unen los ganchos circunferenciales al conector mayor; 2) Los que unen al conector con los retenedores indirectos y apoyos primarios de los ganchos de extensión distal; 3) Los que unen a las bases al conector mayor; 4) Brazos de acercamiento de los ganchos de barra.

3.1.4. RETENEDORES DIRECTOS

Componente que sujete a los dientes pilares, capaz de resistir las fuerzas verticales, fisiológicas y mecánicamente razonables, que pudieran provocar una dislocación de la prótesis. 7

➤ Ataches de precisión

Pueden ser intracoronales y extracoronales dependiendo si su mecanismo va dentro o fuera de la corona del diente. Estos aditamentos eliminan el aspecto desfavorable que ofrece el brazo labial del gancho. (fig. 19)



(fig. 19): Ataches de precisión

➤ Retenedores

El término retenedor representa un conjunto de elementos que funcionan como un todo y tiene como elementos: (figs. 20.1 y 20.2)

- El apoyo oclusal o cingular (1)
- El brazo retentivo (2)
- El brazo recíproco o estabilizador (3)
- El conector menor (4)



(fig. 20.1): Vista Normal



(fig. 20.2): Vista de Espejo

➤ Retenedores circulares o supraecuatoriales

Son aquellos que ocupan el área de socavado del diente desde oclusal o incisal.

➤ Retenedores circulares o de proyección vertical

Son aquellos que se originan de la armazón metálica de la base de la prótesis y alcanzan el área de socavado desde gingival.

➤ Retenedores para prótesis dentomucosoportada

Los retenedores para prótesis dentomucosoportada tienen la característica común de llevar el descanso oclusal contiguo a la brecha edéntula. (figs. 21.1 y 21.2)



(fig. 21.1)



(fig.21.2)

Retenedores para prótesis dentomucosoportada

➤ Retenedores circulares

Brinda una buena retención, ofrece excelente estabilidad debido a que cubre las superficies lingual y bucal del diente, es decir que abraza la pieza pilar. (figs. 22.1 y 22.2)



(fig. 22.1): Retenedor Circular



(fig. 22.2): A) Brazo retentivo; B) Apoyo oclusal
C) Brazo recíproco

➤ Retenedores circunferencial doble

Está constituido por dos retenedores circunferenciales unidos en el cuerpo. En el lado del arco donde no existe espacio desdentado, es decir que puede indicarse en clases II, III y IV. (figs. 23.1 y 23.2).



(fig. 23.1): Retenedor Circunferencial Doble



(fig. 23.2): Vista Oclusal

➤ Retenedores en Barra

Brazo retentivo que se origina en el armazón de la base de la prótesis y alcanza el área retentiva del diente desde gingival.

Ubicación del apoyo oclusal contiguo al espacio edéntulo.

Un brazo estabilizador en lingual.

La diferencia entre ellos es la parte terminal del brazo retentivo, la cual depende de la localización del área retentiva. Por lo que cubren una menor área de la superficie bucal del diente, están indicados en premolares y molares. (figs. 24.1 y 24.2).



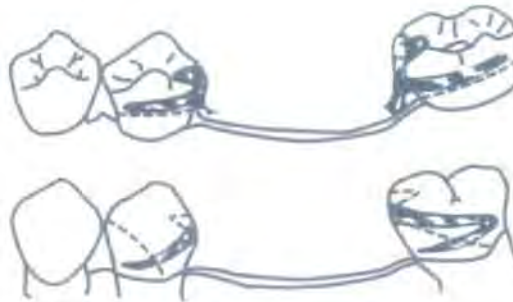
(fig. 24.1): 1) Brazo retentivo; 2) Apoyo oclusal;
3) Brazo estabilizador



(fig. 24.2): Retenedor en T o ½ T, utiliza un área
retentiva distobucogingival

➤ Retenedores en horquilla

Es una variante del retenedor circunferencial, para emplearse en aquellas piezas dentarias en las cuales la retención más favorable se encuentra en el cuadrante contiguo al espacio del edéntulo. (fig. 25)



(fig. 25): Retenedor en Horquilla

➤ Retenedores en T modificado

Este tipo de retenedores tiene las características similares siguientes:

- a) Brazo retentivo que se origina en el armazón de la base de la prótesis y alcanza el área retentiva del diente desde gingival.
- b) Ubicación del apoyo oclusal contiguo al espacio edéntulo.
- c) Un brazo estabilizador en lingual.

➤ Retenedores en Anillo

Este retenedor está indicado para usarse en molares inferiores que se han inclinado hacia el espacio edéntulo, creando una retención favorable en el cuadrante mesiolinguocervical. (fig. 26)



(fig. 26): Retenedores en Anillo

➤ Retenedores para prótesis de extensión distal.

Son retenedores para utilizarse en las piezas vencidas al espacio edéntulo en prótesis de extensión distal deben diseñarse para cumplir con una doble función:

- a) permitir la rotación de la base de la prótesis en la dirección gingival, liberando así al diente pilar de las fuerzas torsionales.

b) Brindar retención a las prótesis cuando actúan las fuerzas desplazantes.

➤ Retenedores DPI

Es el retenedor de primera elección en prótesis de extensión distal o dentomucosoportada, ya que brinda retención a la prótesis cuando actúan las fuerzas desplazantes, y al mismo tiempo eliminador de esfuerzo al permitir una pequeña rotación. (fig. 27)



(fig. 27): Retenedor DPI. 1) Brazo retentivo; 2) Placa Proximal; Conector menor con apoyo oclusal mesial

➤ Retenedores DPA

Es una modificación del retenedor DPI, con la única diferencia que en lugar del brazo retentivo en forma de I consta de un brazo circunferencial. (fig. 28)



(fig. 28): Retenedor DPA. 1) Brazo retentivo circunferencial; 2) Placa Proximal; 3) apoyo oclusal mesial

➤ Retenedores T modificado (DPI)

Éste retenedor es otra alternativa en prótesis por lo que se diferencia del gancho DPI únicamente por la forma de T del brazo retentivo. (fig. 29).



(fig. 29): Retenedor T Modificado

3.1.5. RETENEDORES INDIRECTOS

Componente que se localiza en el lado opuesto de la línea fulcrum, y proporciona ayuda al retenedor directo previniendo el desplazamiento de la base de la dentadura. 2

Otra definición, son elementos de la prótesis parcial removible del extremo libre o dentomucosoportada que asisten a los retenedores directos a impedir el levantamiento de la base de la prótesis por la acción de adhesividad de los alimentos, la fuerza de la lengua y de los carrillos, o la fuerza de la gravedad en los casos de las prótesis del maxilar superior.

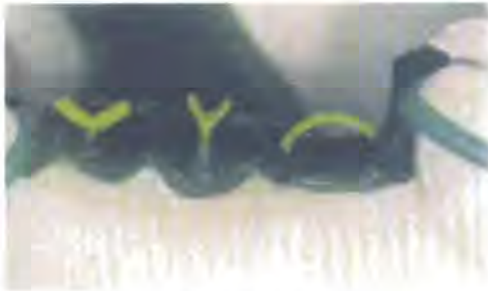
La prótesis de extensión distal rota en dirección gingival u oclusal alrededor de la línea del fulcrum, que es una línea imaginaria que pasa a lo largo de los descansos de los dientes pilares más posteriores.

La retención indirecta es una aplicación del principio mecánico o de palanca empleado para vencer una carga o resistencia por medio de una fuerza o potencia por el suyo.

Los retenedores indirectos (fuerza o potencia) deben colocarse los más alejados de la línea de fulcrum para que pueda neutralizar eficazmente el levantamiento de la base de la prótesis (carga o resistencia). 7

3.1.6. PÓNTICOS

Son dientes artificiales anclados a la prótesis. Prefabricados tienen distintas formas y tamaños para poderlos individualizar según las necesidades del espacio mesiodistal y oclusocervical de las brechas desdentadas. (figs. 30.1 y 30.2). 3



(fig. 30.1)



(fig. 30.2)

Pónticos prefabricados

Los pónticos se dividen en: Pónticos tubulares, se construyen con cera redonda teniendo cuidado de realizar en el extremo final y área retentiva para la resina acrílica; mientras tanto los pónticos metálicos se utilizan cuando el espacio mesiodistal es limitado de modo que resulta arriesgado colocar acrílico ya que sería estructuralmente débil. (figs. 31.1 y 31.2)



(fig. 31.1): Pónticos Metálicos



(fig. 31.2): Pónticos Tubulares

3.1.7. BASES PARA DENTADURA

Área de la retención para los dientes artificiales. Reja abierta, se utiliza en brechas desdentadas largas, con objeto de poder reducir el peso del metal sin sacrificar la retención de la resina acrílica. (fig. 32) 3

Reja cerrada redonda sugiere utilizarse en el maxilar y la cuadrada en la mandíbula ya que ésta acompaña la forma del reborde alveolar. (fig. 33)



(fig. 32): Reja Abierta



(fig. 33): Reja Cerrada.

3.1.8. LÍNEAS DE TERMINACIÓN

Zona de transición entre el metal y el acrílico. Esta estructura se forma en la unión del conector mayor con la reja, formando un borde de metal donde se une el acrílico de la base de la dentadura. (fig. 34)



(fig. 34): Líneas de Terminación

3.1.9. TOPE TISULAR

Estructura de las rejillas que entran en contacto con la mucosa y que sirven para estabilizar el proceso de acrílico de la prótesis. (fig. 35)



(fig. 35): Tope Tisular

CAPÍTULO IV

4. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PÉRDIDA DE ÓRGANOS DENTARIOS POR EL USO DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL REMOVIBLE.

4.1 FACTORES DETERMINANTES EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL.

Cuando se construye una prótesis removible en boca afectada por una enfermedad periodontal activa y no tratada, se contribuirá a su rápida progresión y a la pérdida de los dientes remanentes. (figs. 36.1 y 36.2)

Como objetivo será controlar y eliminar los factores que producen, empezando por valorar el estado del periodonto a través de la infección y la inflamación, la profundidad de bolsas, la afectación de la furca en los molares y la ausencia de suficiente encía adherida. 9

Otros factores son:

- La retención de placa bacteriana y la higiene oral que deberá exigírsele al paciente.
- La incidencia de caries.
- La extensión de la prótesis y la cantidad de tejido gingival que va a recubrir.
- El tipo y magnitud de las fuerzas oclusales que se transmitirán a los dientes remanentes.
- La naturaleza de las fuerzas que se transmitirán al hueso.

- La indicación de ferulización de algunas piezas remanentes o su totalidad.



(fig. 36.1): Enfermedad Periodontal



(fig. 36.2): Radiografía

4.2 RETENCIÓN DE PLACA E HIGIENE ORAL QUE DEBERÁ EXIGÍRSELE AL PACIENTE

La higiene bucal tiene como objetivo eliminar la placa dental, que está formada por masas invisibles de gérmenes dañinos que se encuentran en la boca y se pegan a los dientes. Algunos tipos de placa causan las caries dentales y otras enfermedades de las encías.

La placa dental difícilmente puede ser vista, a menos que esté teñida. Se le puede colorear al masticar unas tabletas rojas "reveladoras" que se venden en las farmacias. También se puede usar un colorante verde para comidas.

El color rojo o verde, que mancha y se impregna en los dientes, muestra dónde queda todavía placa y dónde hay que seguir cepillando para removerla. Así puede examinar su dentadura periódicamente para asegurarse de que está removiendo toda la placa. (fig. 37)

Una higiene más profunda supone el uso del hilo dental que remueve los gérmenes y partículas de comida entre los dientes. Introduzca el hilo entre los dientes muy suavemente, de lo contrario podría herir las encías. Recuerde que el enjuague también es importante.

Una adecuada higiene mecánica de los dientes y la prótesis, y con la ayuda complementaria de agentes como la clorhexidina al 0.12%, un buen control de placa bacteriana evita problemas periodontales.



(fig. 37): Accesorios para Limpieza Dental

Las encías rojas, hinchadas o sangrantes pueden ser las primeras señales de una enfermedad que las afecta. Si la enfermedad de las encías es ignorada, los tejidos que mantienen a los dientes en su lugar se alteran y eventualmente se pierden los dientes.

La colocación de una prótesis dental parcial removible, favorece la acumulación de la placa bacteriana e incluso altera su composición, pasando a una flora con mayor número de espiroquetas y otros gérmenes periodontopatógenos.

Se da sobre todo en la superficie de acrílico de las bases que tienen una mayor acumulación, principalmente si no está bien pulido y es autopolidizada directamente en boca.

Pero si la higiene no es adecuada siempre habrá mayor riesgo de problemas periodontales en un paciente portador de una prótesis parcial removible. 5

4.3 INCIDENCIA DE CARIES

Las caries se localizan más frecuentemente en las piezas dentales posteriores. Las superficies masticadoras de los dientes posteriores son rugosas y desiguales porque tienen pequeñas grietas y ranuras. La comida y los gérmenes se pueden atascar en estas grietas y permanecer allí por un tiempo largo, porque las cerdas de los cepillos de dientes no alcanzan a cepillarlos. (fig. 38)



(.fig. 38): Caries Dental en Fisuras

Los otros dientes con grietas y ranuras, llamados "premolares" o "bicúspides", están delante de los molares. Todos ellos pueden verse afectados por caries. (fig. 39)



(fig. 39). Radiografía de Caries dental

En pacientes que presentan una mala higiene oral se ha comprobado en estudios que la retención de placa bacteriana favorecerá la aparición de caries. Será fundamental no llevar nunca terminales de los brazos retentivos para contactar con el cemento radicular cuando existen grandes recesiones gingivales. Por lo tanto deberá quedar a 1 mm del límite amelocementario. 9

4.4 EXTENSIÓN DE LA PRÓTESIS Y CANTIDAD DE TEJIDO GINGIVAL QUE VA RECUBRIR.

La prótesis dental parcial removible debe de tener un diseño lo más simple posible siempre y cuando los elementos de ésta no recubran la encía.

Cuando una parte de la prótesis parcial removible recubre la encía hay dos opciones, aliviar la zona o no.

La encía no adherida responde al buen alivio de la zona comprimida y no aparece hipertrofiada, lo cual sucede en la encía que está debajo de las barras linguales que no se hipertrofian.

Cuando la prótesis parcial removible entra en contacto sin presión en la encía con los conectores menores que recubren la superficie lingual de los dientes, o los conectores mayores que cruzan la encía marginal se evita una inflamación en ella misma. 5

4.5 MOVILIDAD DENTARIA

La movilidad dentaria indicará un falta de soporte óseo como consecuencia de una sobrecarga oclusal en una boca con factor óseo negativo debido a una enfermedad atrófica generalizada de hueso de soporte. (figs. 40.1, 40.2 y 40.3)

Cuando se examina una boca para planificar un diseño de una prótesis parcial removible, la primera exigencia es de que los dientes pilares deben carecer de la mas mínima movilidad.

Para obtener un diagnóstico exacto es necesario una ortopantomografía y unas radiografías periapicales las cuales mostrarán la calidad y valor óseo, así como el estado del ligamento periodontal o desaparición de la cortical y su grosor.

Las causas que pueden dar indicio a una movilidad pueden ser:

- Traumatismo oclusal
- Traumatismo oclusal con enfermedad periodontal
- Bruxismo nocturno
- Hábitos



(fig. 40.1)



(fig. 40.2)



(fig. 40.3): Radiografías de Movilidad Dentaria

Los dientes no tienen una posición totalmente rígida dentro del alveolo y, por lo tanto, aunque en el periodonto sea normal pueden ser movidos en sentido vertical cuando presentan un contacto prematuro, en sentido horizontal cuando hay una interferencia o por estar sometidos a un traumatismo que inducen movimientos de tipo rotatorio.

4.6 TIPO Y MAGNITUD DE LAS FUERZAS QUE SE TRANSMITEN AL HUESO.

En prótesis dentomucosoportadas, las únicas fuerzas que reciben los dientes pilares son las fuerzas oclusales de tipo axial, pues las fuerzas transversales generadas en los movimientos de masticación son neutralizadas por los elementos recíprocos y por los que forman parte de la retención indirecta. (figs. 41.1 y 41.2)

La rotación se produce como consecuencia de intervenir elementos de distinta resiliencia, la mucosa y los dientes. Además si se añade a ello la existencia de placa bacteriana y una higiene deficiente el resultado será una potencia de los efectos de éstas fuerzas de torsión sobre unos dientes pilares con retracción ósea y aumentos de movilidad. 5



(fig. 41.1)



(fig. 41.2)

Lesiones por las fuerzas que se transmiten al hueso

4.7 DEFECTOS CONGÉNITOS O ADQUIRIDOS

En el pasado los pacientes con defectos congénitos como paladar hendido, anodóncia parcial, microdóncia, amelogénesis imperfecta, disóstosis cleidocraneal y maloclusiones clase III de Angle que no podían recibir un buen tratamiento ortodóntico o quirúrgico tenían que someterse a tratamientos complicados largos y costosos. Con las sobredentaduras es posible ofrecerles un tratamiento relativamente rápido y más económico y así poder recuperar la función, comodidad y aspecto estético. (fig. 42)



(fig. 42): Paladar Hendido

Los defectos congénitos en niños y adolescentes pueden presentar retos complejos y problemas dentales complicados de solucionar, incluyendo discrepancias entre las arcadas, defectos en el paladar y mal posiciones u o tras erupciones interrumpidas.

La solución simple y rápida para muchos de estos problemas severos con técnicas protésicas familiares y que son rápidamente empleadas por odontólogos sin un entrenamiento especializado.

Su costo es significativamente menor que si se compara con el de otros tratamientos alternos y los dientes presentes requieren poca o ninguna modificación.

Los defectos adquiridos, como resultado del traumatismo o la abrasión, pueden presentarse en cualquier momento de la vida del paciente, pero es más probable observarlos en adultos de mayor edad, cuya dentición completa muestra grandes desgastes. El bruxismo y otros hábitos para funcionales pueden causar una disminución de la dimensión vertical en oclusión de varios milímetros.

4.8 PRÓTESIS TRANSITORIA O INTERINA

Aunque el odontólogo pudiera considerar que los dientes de soporte de la sobredentadura pudieran durar solo un período breve, los estudios longitudinales muestran lo contrario, incluso si se pierden al final. El soporte positivo y la retención adicional que le proveen los dientes de soporte de la sobredentadura parcial removible le brindan tiempo suficiente para que el paciente se adapte a la prótesis. Si se pierde el diente de soporte de la sobredentadura parcial removible, por enfermedad periodontal o caries dental, es posible extraerlo y generalmente con mínimas modificaciones hechas en la clínica, se puede convertir la sobredentadura parcial removible en una dentadura parcial removible convencional. 10

4.9 FRACTURA DE UNA BASE DE LA PRÓTESIS

La fractura de la base de la dentadura con frecuencia está asociada con puntos delgados en ella, que son el resultado de una reducción incompleta de los dientes retenidos. Los dientes de soporte también pueden crear fulcrum si la base de la dentadura no ajusta o adapta inadecuadamente y no está completamente soportada por el tejido. Estos dos factores predisponen a la fractura de la base de la dentadura. 1

4.10 BRAZOS DE RETENEDORES ROTOS

La ruptura puede ser el resultado de la flexión repetida para entrar o salir de un área retentiva demasiado profunda. Si el soporte periodontal es mayor que el límite de la fatiga del brazo del retenedor, el fracaso del metal se producirá primero; o de lo contrario se aflojará el diente pilar y finalmente se

perderá a causa de la persistente tensión aplicada sobre él. (figs. 43.1 y 43.2)

La rotura puede ser consecuencia de una deficiencia estructural del brazo retenedor. Esto se puede evitar proveyendo un afinamiento adecuado de los brazos retentivos flexibles y volumen uniforme a todos los brazos no retentivos rígidos.

Otro factor ocurre por la manipulación descuidada por el paciente si éste se somete a abusos, caída accidental de la prótesis.



(fig. 43.1): A) Retenedor Directo roto;
en un molar que es pilar



(fig. 43.2): B) Brazo retenedor
fracturado

4.11 APOYOS OCLUSALES FRACTURADOS

Un apoyo oclusal se produce casi siempre en el sitio donde el reborde marginal. La causa mas común de éste punto débil es un lecho para apoyo preparado incorrectamente, a saber, un apoyo oclusal que cruza un reborde marginal rebajado de manera insuficiente durante la preparación de la boca es demasiado delgado o bien se ve adelgazado por ajustes en boca para evitar alguna interferencia oclusal. † (figs. 44.1 y 44.2).



(fig. 44.1): Apoyo oclusal fracturado y perdido sobre un molar



(fig. 44.2): Apoyo Oclusal

4.12 DESGASTE DE UNA PRÓTESIS

El desgaste que ocurre por el contacto entre la base de la dentadura y los dientes de soporte. Para evitar ésta complicación, se aconseja construir sobredentaduras con dientes posteriores con superficies oclusales metálicas de ésta manera se mantiene la dimensión vertical y se previenen las fracturas de la dentadura. (fig. 45).

En los casos de sobredentaduras parciales removibles (SPR) me permito sugerir que estos respaldos o carillas metálicas sean usados también cuando el espacio intermaxilar o interoclusal sea insuficiente, debido a uno o más dientes antagonistas extruídos o que por alguna razón no se puedan regularizar sus planos oclusales. 5



(fig. 45): Desgaste oclusal

4.13 SOPORTE PARA LA BASE DE EXTENSIÓN DISTAL

La dentadura parcial removible de extensión distal puede aplicar tensiones dañinas de torsión a los dientes pilares. Cualquier esfuerzo realizado para retener un diente pilar posterior evita el movimiento de la base a extensión distal hacia el tejido. Con frecuencia los molares extraídos son tratados endodónticamente y se reduce su longitud para obtener soporte vertical. En algunas otras situaciones el tratamiento endodóntico, seguido por una hemisección, permite el uso de un diente con compromiso de furcación. 10 (fig. 46)



(fig. 46): Soporte para la base de extensión distal

4.14 PÉRDIDA DE UNO O MÁS DIENTES NO INVOLUCRADOS EN EL SOPORTE O LA RETENCIÓN DE RESTAURACIÓN.

En la mayoría de los casos cuando se prolonga una base protésica con extensión distal es preciso considerar la necesidad de ulterior rebasado de toda la base. Después extendida la base protésica debe efectuarse el rebasado de las partes nueva y vieja de la base para proveer de soporte hástico óptimo a la restauración.

4.15 PÉRDIDA DE UN DIENTE PILAR QUE REQUIERE LA SUSTITUCIÓN Y CONFECCIÓN DE UN NUEVO RETENEDOR DIRECTO.

La pérdida de un diente pilar por lo general se selecciona el diente inmediatamente adyacente como pilar para la retención y generalmente esa pieza dental requiere modificación o restauración. Toda restauración nueva debe confeccionarse de acuerdo con la vida de inserción original, con plano guía proximal, lecho para apoyo y área retentiva adecuada.

Las modificaciones al diente existente deben realizarse de la misma manera que cualquier otra preparación de la boca, con recontorneado proximal, preparación de un correcto lecho para apoyo oclusal y con toda reducción que se requiere en el contorno del diente para dar cabida a los componentes retentivo y estabilizador.

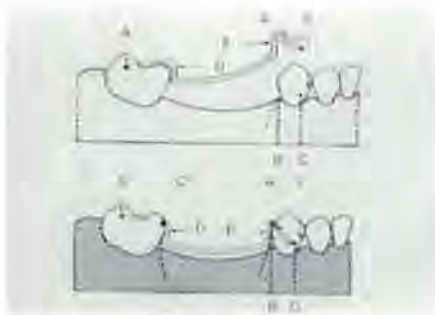
4.16 CANINOS O PREMOLARES AISLADOS, ÚNICOS EN LA MANDÍBULA CON VARIOS DIENTES DEL LADO OPUESTO ÚTILES.

Colocar un retenedor o un tope en un diente aislado o usarlo como soporte para una dentadura parcial removible de tramo largo, pudiera acelerar su pérdida y dejar al paciente con una prótesis dentomucosoportada unilateral desfavorable. Este diente, cuando se prepara como soporte de la sobredentadura, brinda apoyo vertical, reduce al mínimo las fuerzas de torsión sobre los dientes del lado opuesto que tienen los retenedores y limita el grado de desplazamiento vertical de la base de extensión distal.

4.17 MOLARES INFERIORES ÚNICOS QUE SE ENCUENTRAN AFECTADOS POR SOPORTAR UNA DENTADURA PARCIAL REMOVIBLE O FIJA.

Los molares inferiores en denticiones debilitadas presentan con frecuencia inclinación lingual o rotación, destrucción por caries, problemas periodontales y contornos inadecuados para prótesis fija. Al conservarlos se obtiene soporte en tejido duro, en lo que de otra manera sería una base de extensión distal, además de conservar el hueso alveolar en la región mandibular.

(fig. 47.1 y 47.2)



(fig. 47.1)



(fig. 47.2)

Molares inferiores únicos que se encuentra afectados por una prótesis parcial removible o Fija

4.18 CANINOS AFECTADOS, SUPERIORES E INFERIORES.

Estos dientes guían la oclusión y transmiten la mayor información propioceptiva de los maxilares. Si el apoyo óseo es conveniente, representan soportes excelentes para colocar imanes o aditamentos mecánicos. También son los dientes que se usan con mayor frecuencia como soportes para sobredentaduras totales, por lo que está indicado retenerlos sobre todo en pacientes jóvenes.

4.19 PREMOLARES MÁS DISTALES CON PRONÓSTICO DESFAVORABLE.

El diente contiguo a un espacio edéntulo pierde las fibras transeptales distales de apoyo de su ligamento periodontal. Al conservar la raíz de un premolar aunque sea móvil o con raíces cortas que está distal al diente pilar se pasa hacia éste último retenedor, además de obtener una base de extensión distal más corta creando un sistema más favorable de palanca para resistir el movimiento vertical. (fig. 48)



(fig. 48): Premolares mas distales con pronostico desfavorable

4.20 TRATAMIENTO DE LA EXTRUSIÓN SEVERA DE LOS DIENTES POSTERO SUPERIORES.

La extrusión severa de las tuberosidades o de los dientes posteriores o superiores resulta cuando los dientes posteriores o inferiores no son reemplazados. En estas condiciones no pueden ser colocadas prótesis en el maxilar inferior debido al poco espacio interoclusal que queda cuando los dientes del maxilar superior se extruyen. El método de elección para tratar estos casos es la osteotomía segmentaria en combinación con retención ortodóntica. Sin embargo, en pacientes donde estos procedimientos tengan un pronóstico dudoso, se indica al colocar una sobredentadura parcial

removible previo el tratamiento endodóntico y la posterior reducción de las coronas clínicas seguida de su restauración.

4.21 FACTOR SOCIOECONÓMICO.

El tratamiento con sobredentadura parcial removible es más costoso que el tratamiento con una dentadura parcial removible convencional debido al gasto adicional de los tratamientos endodónticos, además, también se requiere de una mayor cantidad de tratamientos periodontales.

Adicionalmente, otro factor que incrementa el costo es la necesidad de restaurar el diente de soporte con amalgama o con una restauración colada. (Fig. 49)



(fig. 49): Factor Socioeconómico

Si se usan implantes sencillos o múltiples para soportar una sobredentadura parcial removible el costo aumenta de manera sustancial en comparación con la dentadura parcial removible convencional, aunque será mucho menor que con respecto a un caso similar restaurado con prótesis fijas.

4.22 FERULIZACIÓN COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE

La ferulización dependerá del grado de movilidad de los dientes y de la calidad, cantidad de hueso de soporte observado radiográficamente en el momento de la valoración de cada pieza dentaria. (fig 50)

Una boca normal debe presentar una encía sin placa bacteriana, sin inflamación, ni movilidad dentaria, debe tener un buen control de placa bacteriana por lo que no se necesita la férula. Si hay enfermedad periodontal hay que realizar el tratamiento de la higiene del paciente.

Para una correcta oclusión deben de eliminarse los contactos prematuros que existan en la relación céntrica (RC), como en máxima intercuspidadación (MI), así como las interferencias en los movimientos de lateralidad y protusión. 5



(fig. 50): Férula

El tratamiento oclusal debe realizarse después del tratamiento periodontal, si persiste la movilidad dentaria debe plantearse la necesidad de ferulizar el grupo de dientes afectado o la extracción de alguno de ellos que se considere irrecuperable. No se pueden aceptar dientes que presentan un 50% de hueso y movilidad dentaria.

Un buen diseño de prótesis será proteger los dientes remanentes y permitir un asentamiento de prótesis de forma correcta sin provocar ningún traumatismo sobre ellos.

La importancia ferulizadora de un puente fijo situada en un cuadrante de la boca es sólo en sentido mesiodistal, pero si se precisa la ferulización en sentido transversal para neutralizar éstas fuerzas sólo se conseguirá esto mediante una prótesis removible bilateral o una férula fija, completa y cubriendo toda la arcada dentaria.

4.23 INDICACIONES DE LAS FERULIZACIONES.

En clase I y III de Kennedy

La indicación mas frecuente es la ferulización de dos premolares, o de un canino y un primer premolar superior. Si sus raíces son cónicas, estrechas y cortas deben ser considerados como pilares débiles que posiblemente no resistirán la acción de palanca de un anclaje en un extremo libre, por lo que es recomendable incluir el canino cuya raíz es muy potente. 5

En la arcada inferior a los premolares se le consideran como pilares débiles ya que las raíces tienen una forma redondeada y son cónicas con tendencia a moverse.

Un diente aislado debe unirse a otro diente mediante una prótesis fija.

Si la unión se hace con un canino el puente de tres piezas es muy sólido y consistente.

Si no fuera posible la solución fija, el diseño de la prótesis parcial removible sería sólo a base de un plano guía en la cara mesial del diente aislado, sin ningún retenedor y en lugar de un apoyo oclusal se prepara una repisa lingual o lo mas gingival posible en donde se apoyará un elemento circular de apoyo.

El apoyo oclusal del retenedor circunferencial se haría en el canino o en un grupo ferulizado anterior que dará una mayor estabilidad principalmente si lleva incorporado al canino. Su resistencia permite colocar un apoyo circular en el cingulo como recíproco de un retenedor bucal.

4.24 FERULIZACIONES EN ESPACIOS MODIFICABLES

Están indicadas en clase I y II en los sectores anteriores, en la clase III anteriores y laterales. En los sectores posteriores la prótesis removible ferulizadora puede anclarse dentro del grosor de la cúspide lingual de la pieza protésica. Esta pieza protésica puede ser metálica o de porcelana.

En sectores anteriores la ausencia de algún diente debe suplirse por una prótesis en meta-cerámica que evite la extensión anterior de la prótesis removible o dejar un diente anterior aislado y rodeado de dientes de la prótesis removible. Si se pone con la prótesis removible deberá tener buenos apoyos en diente vecinos y llevar una plaqueta para darle una protección frente a los movimientos protrusivos o en donde se trate de una prótesis dentomucosoportada. 5

4.25 PROBLEMAS FONÉTICOS EN PRÓTESIS PARCIAL REMOVIBLE.

Uno de los principales factores a tratar en este estudio es la fonética la cual se basará en la necesidad de comprender los problemas funcionales de tipo fonético que surgen después de la colocación de una prótesis, recordando la importancia en la pronunciación de los fonemas lingüísticos que tienen las distintas partes que configuran la boca, como son la lengua, la posición y tamaño de los dientes, la adaptación y longitud del paladar, así como todo el conjunto de las mucosas que tapizan la cavidad oral. ⁵

Antes de describir la relación existente entre la fonación o articulación de lengua y la prótesis parcial removible. Es imprescindible considerar de una forma básica los elementos que intervienen en ella, como son: (fig. 51).

- La laringe
- La cavidad bucal
- La corriente de aire
- Las fosas nasales
- El velo paladar
- La lengua.



(fig. 51): Elementos que intervienen en la fonética

Pero a su vez en el campo de las relaciones humanas los ruidos o sonidos bucales poseen un significado lingüístico y comunicativo fundamental de tal forma que el desarrollo de aquellos dependa de estos sonidos bucales. De lo cual deducimos que el lenguaje hablado depende tres elementos muy importantes que son:

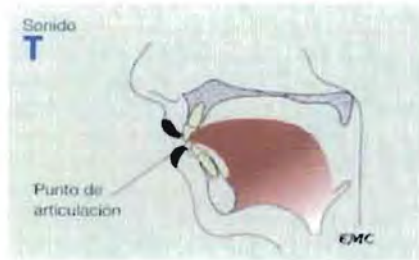
La voz, como aquel sonido producido por las vibraciones de las cuerdas vocales al pasar el aire procedente de los pulmones. Pero si existe una afectación relacionada con las prótesis que diseñamos que afectan la resonancia y cuya causa puede ser el aumento o la disminución del tamaño de estas prótesis. (figs. 52.1- 52.12).

El ritmo está relacionado con la voz, por lo tanto, una alteración de la voz puede originar un trastorno de ritmo, y el origen es la influencia que las prótesis bucales pueden tener algunos caracteres de la voz y ritmo.

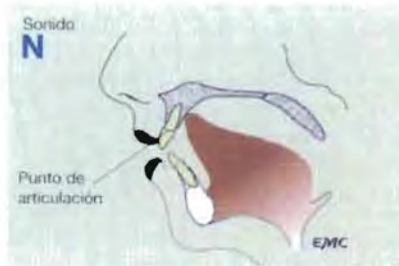
El lenguaje es la expresión de los cambios de sonido y está compuesto de unas unidades fonéticas denominadas "fonemas". Un fonema es la más pequeña unidad fonética que pueden ser percibidas y que no corresponde ni a una letra ni a una sílaba. Por lo tanto, la voz será la facultad de emitir sonidos.



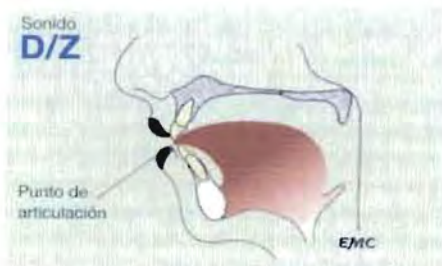
(fig. 52.1): Pronunciación de la S



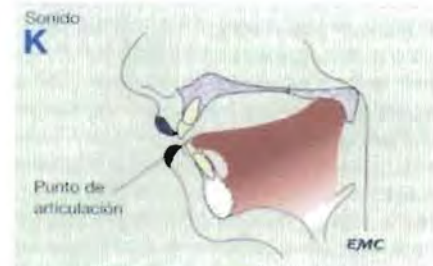
(fig. 52.2): Pronunciación de la T



(fig. 52.3): Pronunciación de la N



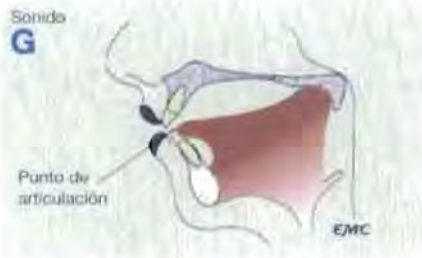
(fig. 52.4): Pronunciación D/Z



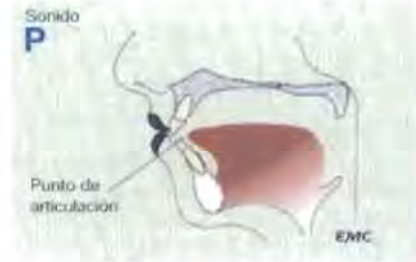
(fig. 52.5): Pronunciación de la K



(fig. 52.6): Pronunciación de la L



(fig. 52.7): Pronunciación de la G



(fig. 52.8): Pronunciación de la P



(fig. 52.9): Pronunciación de la F



(fig. 52.10): Pronunciación de la M



(fig. 52.11): Pronunciación de la F



(fig. 52.12): Pronunciación de la B

El flujo de aire y las variaciones que se producen sobre el mismo están influenciados por las nuevas estructuras orales que se incorporan a la boca por prótesis fija, removibles o implantes.

Por lo que se refieren a los sonidos se pueden clasificar según los puntos de contacto de los elementos que los articulan, en palatolinguales, linguodentales, labiodentales y bilabiales.

4.26 OTROS FACTORES

4.26.1 SEXO

Los problemas de la prótesis parcial removible afectan más al sexo femenino, ya que la mujer tiende a vivir más que los hombres, y con ello presenta mayor posibilidad de que su salud se deteriore . La pérdida de hueso puede hacer necesario reemplazar frecuentemente las prótesis dentales.

4.26.2 EDAD

No existen estadísticas nacionales que relacionen personas desdentadas totales y edad, algunos estudios muestran que su número aumenta con el envejecimiento.

Llama la atención que los pacientes adultos mayores de más edad han relatado encontrarse satisfechos con prótesis mal ajustadas y están menos dispuestos a solicitar su mejoramiento, que los adultos mayores más jóvenes.

CONCLUSIONES

Las prótesis parciales removibles son las más relacionadas con lesiones de la mucosa oral. Es importante estudiar cada caso para realizar un buen diseño de la prótesis, si se desea que el tratamiento tenga éxito y no provoque lesiones al paciente o pérdida de órganos dentarios.

La restitución de los dientes perdidos mediante prótesis, tanto fija como removible favorece diversas funciones fisiológicas como la masticación, la deglución y la fonación, por supuesto también mejora la función de relación mediante la restauración de una estética perdida.

El paciente debe de mantener buenos hábitos de higiene, para que no utilice la prótesis cuando duerme y acuda a revisiones periódicas de control, tanto del estado de su prótesis como de los dientes y mucosa oral.

El Cirujano Dentista, debe tener una buena ética profesional en hablar con sinceridad al paciente, en los costos que vayan en relación a la economía de éste ya que deberá buscar el valor entre calidad y costo de los mejores materiales para poder diseñar y realizar una prótesis dental parcial removible, de ésta manera no se verá involucrado en la pérdida de órganos dentarios.

Debemos de tener en cuenta que la educación para la salud bucal y medidas preventivas que se adoptan, son la pauta que determina la salud bucal a lo largo de toda la vida.

GLOSARIO:

ATROFICA. Reducción local de una célula, de un tejido, de un órganos o de alguna de las regiones del cuerpo; puede ser de naturaleza fisiológica o patológica.

D.P.R. Dentadura parcial removible. Convencional con la excepción de que las bases protéticas cubren una o más raíces dentales naturales y las utilizan para soporte.

DPA. Es la modificación del gancho o retenedor DPI.

DPI. Es el gancho o retenedor de primera elección.

ENCÍA ADHERENTE. Porción de la encía que se adhiere firmemente a los dientes y al periostio de los huesos alveolares.

ENCÍA MARGINAL. Encía que rodea al diente, se encuentra colocada oclusal o incisalmente al piso del surco gingival y forma su pared de tejido blando.

ESPIROQUETA. Microorganismo en forma de espiral que pertenece al grupo de los spirochaetales.

EXOSTOSIS. Protuberancia benigna cubierta de cartílago que hace una saliente de los huesos largos.

FERULIZACIÓN. Es la inmovilización al diente en la posición anatómica correcta, de modo que evita un traumatismo adicional y se puede producir la cicatrización.

GANCHO, (RETENEDOR DIRECTO). Se usa en conjunción con las palabras retenedor, brazo o conjunto siempre que sea posible.

HIPERTROFIA. Aumento del tamaño de un órgano, independientemente del crecimiento natural, debido al aumento en el volumen de células constituyentes por lo general connota el aumento coexistente de la capacidad funcional.

LIGAMENTO PERIODONTAL. Tejido conjuntivo que rodea a la raíz de un diente y que lo fija al hueso alveolar; se continua con el tejido conjuntivo de la encía.

LÍNEA FULCRUM. Línea que toca los dos últimos pilares.

LÍNEAS DE TERMINACIÓN. Zona de transición entre el acrílico y el metal.

OSTEOTOMÍA. Sección o corte de un hueso.

PLANOS GUÍA Superficies axiales paralelas de dientes pilares conformadas para dirigir unas prótesis durante su inserción y remoción.

RELACIÓN CENTRICA. Surge en el campo de la oclusión por la necesidad de tener un patrón oro, un ideal para perseguir en el momento de realizar los tratamientos, sobre todo en aquellos que obliga a partir de una posición determinada por las articulaciones.

S.P.R. Sobre dentadura parcial removible. Es una prótesis en donde se utilizan dientes naturales y raíces retenidas para soporte y retención.

TORUS PALATINO. Elevación nodular a lo largo de la sutura media del paladar duro; causada por exostosis.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

1. Mc. Givney Carr. McCracken. Prótesis Parcial Removible. 10ª ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana, 2004. Pp. 1, 477-482.
2. Bernal, A. Rubén. Diccionario de Términos Protésicos en Odontología. 1ª. ed. México, D.F.: Editorial Japón-México, 1996. Pp. 54.
3. Bernal A. Rubén. Manuales de Laboratorio en Odontología Prótesis Parcial Removible. México D.F.: Editorial Trillas, 2004. Pp. 7-21.
4. León Navarro Cesar. Manual del Técnico Superior en Prótesis Dentales. 1ª ed. Cartagena, Colombia: Editorial Entorno Gráfico, 2001. Pp. 184.
5. Mallat D. Ernest, Mallat C. Ernest. Prótesis Parcial Removible y Sobredentaduras, 1ª ed. Madrid España: Editorial Elsevier, 2004. Pp. 7-90, 136, 137, 305-340, 427-496,
6. Peter Nard Booth FDS FRCS, Barry L. Eppley MD DMD, Rainer Schmelzeisen MD DDS. Traumatismo Maxilofacial y Reconstrucción facial Estética. 1ª ed. Madrid España: Editorial Elsevier, 2005. Pp. 299-314.
7. Rendón Yúdice Roberto, Prótesis Parcial Removible. Conceptos Actuales y Atlas de Diseño. 1ª ed. México, D.F.: Editorial Médica Panamericana, 2004. Pp. 37-52.

8. Diccionario breve de Medicina de Blakiston. 5ª edición. México, D.F.;; Editorial Ediciones Científica, 2004.
9. <http://www.latinsalud.com/articulos/00358.asp?ap=1>
10. http://www.odont.ucv.ve/catedras/dentaduras_parciales_removibles/so_bredentaduras_parciales_removibles.asp
11. [http:// www.geodental. com/articulos](http://www.geodental.com/articulos)
12. M. Kern & B. Warner. Blackwell Science Ltd. Journal o oral Rehabilitation, 2001.
13. The Glossary of Postodontic Therm. Introducción y Terminología de Prótesis Parcial Removible. Pp. 1-20.
14. Nuño B. Javier. Lesiones en la Mucosa Oral Originadas por Prótesis. Área de Patología Médica Bucofacial. Depto. de Odontología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Madrid, España.
15. <http://www.monografias.com/trabajo22/preparación-preprotetica>.
16. <http://www.ine.cl/23-btras/pdf/mayor.pdf>